

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935.

N°

THÈSE

57

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Pierre BARRÉ

*Lauréat de l'Ecole de Médecine de Reims
et Ancien Interne des Hôpitaux de Reims*

Né le 20 Juillet 1909, à Reims (Marne)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU

**Traitement de l'Erysipèle
par le Sulfarsénol**

Président : M. TANON, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1935

76

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935.

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Pierre BARRÉ

*Lauréat de l'Ecole de Médecine de Reims
et Ancien Interne des Hôpitaux de Reims*

Né le 20 Juillet 1909, à Reims (Marne)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU

**Traitement de l'Erysipèle
par le Sulfarsénol**

Président : M. TANON, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1935

LE DOYEN..... G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Rôbert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
»	BEZANÇON.
»	CARNOT.
»	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMATRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
LAJOUANINE	Neurol. et Psychiâtrie.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
ÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
ERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
LOULIN	Pathologie médicale.	LEVEUF	Patholog. chirurgicale.
ROCQ	Patholog. chirurgicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
ULLIARD	Histologie.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiâtrie.
ATHALA	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
HABROL	Pathologie médicale.	MOULONGUET	Patholog. chirurgicale.
HEVALLIER	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
OGNON	Physique.	OBERLING	Anatomie pathologiq.
ONZELOT	Pathologie médicale.	PETIT-DUTAILLIS	Patholog. chirurgicale.
EY	Urologie.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
ALLIARD	Parasitologie.	PORTES	Obstétrique.
ASTINEL	Bactériologie.	QUÉNU	Patholog. chirurgicale.
ATELLIER	Patholog. chirurgicale.	RICHET	Physiologie.
E GAUDART D'ALLAINES	Patholog. chirurgicale.	SANNIE	Chimie biologique.
AYET	Physiologie.	SENEQUE	Patholog. chirurgicale.
IROUD	Histologie.	SEZARY	Dermatol. et syphiligr.
LAGUENAU	Pathologie médicale.	TROISIER	Pathol. expérimentale.
ALPHEN	Oto-rhino-laryngol.	TURPIN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.	VALLERY-RADOT	
UGUENIN	Anatomie pathologiq.	(Pasteur)	Pathologie médicale.
DANNON	Hygiène.	VELTER	Ophthalmologie.
ABBE (Henri)	Chimie biologique.	VIGNES	Obstétrique.
ACOMME	Obstétrique.	WILMOTH	Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
GLAVE	Pathologie chirurgic.	LEROUX	Anatomie pathologiq.
USQUET	Pharmacologie.	LEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HAILLEY-BERT	Physiologie.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
BRAMI	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
UBERTIN	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
RULE	Clinique médicale.	MOURE	Clinique chirurgicale.
HIRAY	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
UVOIR	Clinique médicale.	ECALLE	Clinique Obstétricale.
ARVIER	Clinique médicale.	GUENIOT	Clinique obstétricale.
IAN	Clinique médicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
ASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
ADENAT	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

In Memoriam.

A MA MÈRE

*En hommage de ma profonde affection
et de ma reconnaissance.*

A MA FEMME

A MES SOEURS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

En témoignage de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

A M. LE DOCTEUR RAILLIET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin des Hôpitaux de Reims
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous inspirer ce travail
et à qui nous devons le meilleur de notre
éducation médicale.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre pro-
fonde reconnaissance pour les conseils
et les encouragements qu'il nous a tou-
jours prodigués.*

A M. LE DOCTEUR DE BOVIS

Professeur honoraire de Clinique obstétricale

A M. LE DOCTEUR RENÉ JACQUINET

Directeur de l'Ecole de Médecine de Reims
Professeur de Clinique Médicale

A M. LE DOCTEUR HENRI LARDENNOIS

Professeur de Clinique Chirurgicale

A M. LE DOCTEUR GABRIEL MORANGE

Médecin des Hôpitaux de Reims

A M. LE DOCTEUR LANDRY

Professeur d'Anatomie de l'Ecole de Médecine de Reims
Laryngologiste des Hôpitaux de Reims

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE REIMS
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*En reconnaissance pour l'enseignement et
pour la grande bienveillance qu'ils
n'ont cessé de nous témoigner.*

A MES CAMARADES
DE LA SALLE DE GARDE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Considéré du point de vue clinique comme une maladie cyclique, l'Erysipèle jouit d'une réputation favorable.

Considéré du point de vue bactériologique, l'impression ne peut être la même.

Son agent pathogène peut acquérir une virulence telle qu'il entraîne parfois des complications redoutables, occasionnant la mort.

Le Streptocoque est à juste titre l'ennemi redouté de l'accoucheur, du chirurgien ; pourquoi le médecin lui ferait-il bonne mine ?

Les tarés, les hépatiques, les alcooliques ont tout à redouter de l'Erysipèle. Le nourrisson lui paie un lourd tribut. Sans même aller si loin, la forme cataméniale de l'Erysipèle empoisonne littéralement l'existence de femmes condamnées à des récidives parfois fréquentes.

Et pourtant, si l'on jette un regard sur l'arsenal médicamenteux de l'Erysipèle, on ne trouve à choi-

sir que différentes thérapeutiques locales ou générales non spécifiques.

Nous ne ferons que citer rapidement les différents traitements locaux :

On a essayé successivement, souvent simultanément, les applications d'antiseptiques, une méthode dite « de compression » dans le but de limiter le champ d'action du microbe, des injections locales, des pulvérisations qui se sont révélées plus douloureuses qu'efficaces ; mais tous ces traitements n'ont donné que de médiocres résultats, parfois nuls, même.

Applications. — Elles consistent en applications de substances anodines telles que l'eau de sureau, la vaseline pure ou boriquée, des compresses chaudes, humides souvent renouvelées ; dans les érysipèles des membres on a fait des bains locaux avec des solutions de permanganate de potasse à 1 p. 10.000 ; mais ces traitements se sont montrés inefficaces. On a ensuite tenté d'utiliser l'alcool à 90° pour sécher la peau, l'iodoforme, les pommades au calomel, la teinture d'iode iodo-iodurée, la teinture d'iode étendue d'alcool ou d'eau de Cologne à raison de 2 parties d'alcool pour une de teinture ; badigeonnages matin et soir. Ce procédé a donné de bons résultats à l'Hôpital Claude-Bernard, la li-

queur de Van Swieten, etc... Mais toutes ces applications n'ont pas exercé d'influence favorable sur l'évolution des plaques érysipélateuses.

R. Labbé et Mlle de Larminat ont aussi essayé dans des cas d'érysipèle chez le nourrisson des badigeonnages de nitrate d'argent en solution à 10 %. Enfin on a conseillé une solution d'huile camphrée contenant, pour 30 grs, 1 gr. de menthol et 1 gr. de gaiacol.

Gloukhoff a employé le traitement local au moyen d'antivirus streptococciques préparés selon la méthode de Besredka. Il était utilisé sous forme de pommade ou à l'état liquide.

En Allemagne on prescrit encore un mélange de teinture d'iode, de térébenthine, d'ichtyol connu sous le nom d'érysiptine.

Dans certains cas d'érysipèle (surtout chez les vieillards) Hallay avait employé le bicarbonate de soude en poudre dont il recouvrait les plaques.

Compressions. — Le Professeur Franke avait préconisé un système mécanique : la compression. Il appliquait des bandes de collodion riciné à la périphérie des plaques érysipélateuses et prétendait arrêter l'extension de l'inflammation et obtenir la

« suffocation » des streptocoques dans les limites du collodion. Les résultats furent mauvais : le collodion, en se fendillant, excorie le tégument cutané provoquant des petites lésions douloureuses.

L'adjonction de divers antiseptiques au collodion n'améliore pas la méthode.

Inhel et Renoy avaient proposé de remplacer le collodion par la traumaticine à l'ichtyol appliquée à 5 centimètres du bourrelet : ces applications sont douloureuses et n'ont pas donné de bons résultats.

Injectons. — Dans le désir d'atteindre le microbe on a essayé les injections à la périphérie de la plaque érysipélateuse.

Legendre et Beussenat ont préconisé une solution éthérée de sublimé à 1 ou 2 pour 10 (sublimé et acide citrique, aâ 1 gr. alcool à 90° 5 cc., éther q. s. pour 50 cc.).

Hueter a fait des injections sous-cutanées de solution phéniquée.

Pulvérisations. — On a enfin tenté des pulvérisations de substances antiseptiques qui doivent porter sur le bourrelet et à la partie saine située à son voisinage ; mais ces pulvérisations, même faites rapidement, sont douloureuses et parfois provoquent une dermite ulcéreuse tenace. On a employé

la liqueur de Van Swieten, la solution de sublimé. On a aussi essayé d'arrêter la marche extensive des érysipèles des membres en faisant des pulvérisations d'eau oxygénée diluée dans l'eau alcaline.

Rayons X. — Ihaidenhain et Fried ont essayé un traitement aux Rayons X dans les cas d'érysipèle de la face et du cuir chevelu.

TRAITEMENT GÉNÉRAL

On a essayé dans l'érysipèle des méthodes qui avaient réussi dans d'autres infections. C'est ainsi qu'on a utilisé des cultures de streptocoques stérilisées par un chauffage à 58° prolongé pendant une demi-heure. Si cette méthode abrège peut-être l'évolution, elle se montre impuissante à éviter les rechutes.

Chantemesse a utilisé le sérum de Marmorek qui n'a pas donné de résultats meilleurs que les autres traitements.

Employées par Lebetter et G. Kranz les injections de substances protéiniques (lait, caséosan, l'yatren-caséine, etc...) par voie intra musculaire, ne furent pas plus efficaces que les injections de sérum de Dick qui provoqua des accidents anaphylactiques.

Comme dans toutes les grandes pyrexies on a utilisé la balnéation selon la méthode de Brand, et les antiseptiques par toutes les voies abordables comme l'urotropine, la tryptaflavine et la septicémine. Aucune de ces méthodes ne peut être considérée comme le traitement spécifique de l'érysipèle.

Nous devons enfin citer le sérum antistreptococcique du Professeur Vincent. Antimicrobien et antitoxique tout à la fois, ce sérum rend les plus grands services dans les formes les plus sévères, où il ne faut pas craindre de l'utiliser. Mais de par sa nature et parce qu'il s'adresse à des tarés à foie et reins déficients, souvent à des azotémiques, il occasionne aux malades des réactions pénibles, en tout cas un surcroît de besogne dont leurs organes n'ont que faire. Il faut en tenir compte si nous voulons suivre le vieux principe toujours en faveur « *Primum non nocere* ».

Il semblait donc nécessaire de chercher secours ailleurs. Ch. Borde proposa en 1928 à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux l'emploi du traitement arsénical dans l'Erysipèle et dit sa « conviction d'avoir trouvé dans le sulfarsénol le remède probablement préventif, certainement curatif, voir abortif de l'Erysipèle.

L'emploi de la médication arsénicale semble aussi logique et aussi légitime dans l'Erysipèle que dans les infections puerpérales.

Le travail de notre thèse consistera dans l'apport de nouveaux faits à l'appui de cette méthode.

Nous essaierons de montrer le bien fondé de cette conception en tentant de juger sévèrement les

résultats obtenus dans les observations que nous apporterons, tout en ne nous cachant pas les difficultés qu'on peut rencontrer dans l'appréciation de l'efficacité d'une thérapeutique.

CHAPITRE II

LE SULFARSENOL

Posologie et Conduite Générale du Traitement

Tous les arsénicaux peuvent être employés, mais le Sulfarsénol paraît plutôt indiqué pour les avantages sérieux qu'il possède.

Sel de sodium de l'Ether Sulfureux, acide du di-méthylène di-aminoarsénophénol, il est moins toxique que tout autre arsénobenzène.

Il peut s'administrer par voie sous-cutanée, intra-musculaire et intra-veineuse.

Sa tolérance locale est parfaite. Dépourvu de causticité, il n'engendre pas de réaction inflammatoire. L'injection ne détermine pratiquement aucune douleur, si l'on utilise un des solvants indolores spécialisés.

Usage. — Il convient de s'assurer avant l'emploi que le produit n'est pas altéré. Il doit présenter une teinte jaune paille et l'ampoule qui le renferme doit être intacte au moment de l'usage.

La voie de pénétration peut être :
Soit la voie intra-veineuse,
soit la voie intra-musculaire,
soit la voie sous-cutanée.

Réservant la voie intra-veineuse pour les cas de gravité extrême, les autres voies sont de beaucoup les plus simples, les moins dangereuses, et les mieux tolérées.

Les doses à employer dépendent essentiellement de l'âge du malade, de l'état de ses organes, tels que, foie, rein, cœur, et de l'intensité des phénomènes érysipélateux.

En principe, chez l'adulte normal la dose d'attaques est de douze centigrammes ; on poursuit le traitement en augmentant de six centigrammes par jour ; on doit pratiquer environ quatre injections.

Chez l'adulte taré, il est prudent de réduire la première dose ; on peut ainsi tâter sa susceptibilité avec six centigrammes.

Chez l'enfant, il est simple de suivre le principe suivant : injecter $1/2$ centigramme par kilog en ne pratiquant qu'une injection par quarante-huit heures.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Dans un travail publié en décembre 1931, notre Maître, le Docteur Railliet, avait relaté dix neuf cas d'érysipèle traité par le Sulfarsénol. Depuis lors, il a eu l'occasion de soigner neuf autres malades. Ce sont ses observations que nous rapportons ci-après.

Nous devons à l'obligeance de M. le Docteur Bonnenfant, Médecin des Hôpitaux de Soissons, quatre observations de malades.

Enfin, nous devons à l'amabilité de M. le Docteur Henri Saintin de Reims, de pouvoir rapporter les observations de deux malades soumis à la thérapeutique arsénicale.

Cette statistique intégrale de trente quatre malades nous permettra de tirer quelques déductions thérapeutiques.

Observations publiées par le Docteur Railliet

Observation I. — B..., 42 ans, manœuvre, entre le 16 novembre 1929 pour son quatrième érysipèle. Le premier, dans l'hiver 1926, a duré 15 jours ; les deux autres, survenus pendant les hivers 1927 et 1928, ont été suivis d'une poussée de pseudo-rhumatisme infectieux avec œdème des membres inférieurs. Début le 12 novembre par la racine du nez, sans grands phénomènes généraux. Extension les jours suivants aux joues et à l'arcade sourcillère droite ; phlyctènes à gauche. A l'entrée, plaque couvrant les joues et s'étendant un peu sur le front à droite. Bon état général. Temp. 37°. — P. 90.

Sulfarsénol 0 gr. 18. Le 17, desquamation à droite et le 18 à gauche. Guérison complète et rapide. Sort le 23.

Observation II. — L..., 15 ans, caviste. Entre le 28 Novembre 1929 pour Erysipèle de la face. Malaises et mal de gorge depuis le 24. Début de la plaque le 26 par la racine du nez. Extension à la face gauche, puis à droite. A l'entrée vespertilio classique, recouvert par endroits de phlyctènes con-

fluentes à sérosité louche. Rate légèrement percutable. T. $38^{\circ}7$ et $40^{\circ}1$ — B. W. négatif ; hémoculture négative. O gr. 18 de Sulfarsénol. Le 29, la plaque s'affaisse complètement sur l'enez, la joue gauche et une partie de la joue droite. T. $39^{\circ}5$ et 40° . Le 30 la plaque gagne la fosse temporale droite et le front de ce côté, l'oreille gauche ; œdème de la paupière gauche. T. $39^{\circ}6$ — P. 100 — T. A. 12/6 ; Sulfarsénol : 0 gr. 30. Le 1^{er} décembre $39^{\circ}3$ et 40° . Le 2, légère extension à gauche vers le front, la joue droite commence à desquamer. T. $38^{\circ}8$ et 39° ; P. 80. S : 0 gr. 30. Le 3, la plaque a cessé de progresser ; l'œil droit s'ouvre. P. très bon ; chute franche de la T. $37^{\circ}7$ et $37^{\circ}3$. Le 5 desquamation qui durera jusqu'au 11. Apyrexie définitive

Observation III. — L..., 44 ans, manoeuvre. Entre le 13 janvier 1930 avec un Erysipèle de la face typique. Plaque étendue à la plus grande partie de la face ; occlusion de l'œil droit ; phlyctènes ouvertes sur la joue droite, en voie d'infection. Subictère ; pigments biliaires. T. 39° ; P. 100. Langue saburrale. Le 13, Sulfarsénol : 0 gr. 12. Le 15, T. 37° et $38^{\circ}5$, P. 100. Le 16, bon état général. La plaque progresse encore un peu vers les oreilles. T. $36^{\circ}7$, P. 80. Sulfarsénol 0 gr. 12. Le 17, l'extension est enrayée. Diurèse abondante ; pigments bi-

liaires. Sulfarsénol 0 gr. 18. Le 20, desquamation. Le 22, subictère disparu. Urines claires et abondantes. Le 25, desquamation terminée.

Observation IV. — Maurice I..., 18 mois, entrée le 14 janvier 1930 pour diphtérie nasale avec adénopathies. Le 24, en même temps que la réaction sérique, survient une volumineuse adénopathie sus hyoïdienne ; 1 cmc. de propidon 26, incision. Le 27, 1 cc. 1/2 de propidon. Le 28, apparition d'un Erysipèle partant du pourtour de l'incision et s'étendant vers l'oreille gauche. Sulfarsénol 0 gr. 03. Le 29 légère extension vers l'oreille. La température qui se tenait depuis le 24 autour de 40° n'atteint plus le soir que 38°8. Le 30, extension enrayée. La température tombe, sulfarsénol : 0 gr. 06. Le 31 l'amélioration continue, la plaque s'éteint. Guérison complète le 3 février.

Observation V. — St..., 48 ans. Entre le 19 mars 1930 pour Erysipèle de la face. A déjà eu un Erysipèle en Janvier 1930 au moment d'une période menstruelle. Début le 14 par phénomènes généraux intenses ; fièvre élevée. Règles. A l'entrée 40° et 40°5. P. 150. Etat saburral. Mauvais état général. Plaque d'aspect classique ayant débuté à l'angle interne de l'œil droit. Traces d'albumine. Sul-

farsénol : 0 gr. 06. Le 20 pas d'extension. Douleurs atténuées. T. 38° et 39°. Sulfarsénol 0 gr. 09. Le 22 Apyréxie. P. 100. La plaque est en voie d'extinction. Le 23, très bon état général ; albumine disparue. Une teinte ecchymotique marque l'emplacement de l'Erysipèle.

Observation VI. — Mme R..., 27 ans. Entre le 7 avril 1930 pour Erysipèle de la joue gauche. Depuis le 1^{er} mai 1929 elle a déjà eu plusieurs « dermites infectieuses » qui ont avorté. Debut le 5 par l'oreille gauche. Extension à la joue. A l'entrée T. 39°5. P. 110, petit. La plaque couvre la joue gauche. Etat saburral. Sulfarsénol : 0 gr. 12. Cette seule injection suffit. Le 9, la T. est tombée. La plaque n'a marqué aucune tendance à l'extension et s'éteint. Le 11, guérison.

Observation VII. — Sergent P..., 29 ans. Entrée le 15 avril 1930 pour Erysipèle de la face. Debut le 12. T. 40°. A l'entrée, la plaque recouvre les joues, le nez, les oreilles, le front et gagne le cuir chevelu ; quelques phlyctènes au-dessus de l'œil gauche. T. 38°8 ; P. 104. Etat saburral. Sueurs profuses. Premier bruit assourdi. Traces d'albumine. Sulfarsénol : 0 gr. 12. Le 16, T. 37°4 et 39°9 ; P. 100. Etat général meilleur. Douleur au niveau

d'une oreille. Le 17, T. $37^{\circ}7$ et $39^{\circ}2$; la plaque est moins douloureuse, sauf derrière la tête. Bon état général. Le 18, Sulfarsénol : 0 gr. 18, T. $37^{\circ}3$ et $37^{\circ}9$. Le 19, l'extension est enrayée bien que le pavillon de l'oreille soit encore un peu rouge ; la desquamation commence sur le nez et sur le front. Apyrexie complète et définitive. Très bon état général.

Observation VIII. — Shérif S..., 56 ans, manoeuvre. Entre le 17 avril 1930 pour Erysipèle de la face ayant débuté le 14. A l'entrée la plaque recouvre toute la face sauf le menton et les lèvres ; tendance à la phlycténisation. Etat saburral. T. $40^{\circ}5$. Le 18, T. 39° et $39^{\circ}9$. Sulfarsénol : 0 gr. 06. Le 20, le malade a été agité toute la nuit et une partie de la soirée ; délire ; T. $39^{\circ}5$ et 40° ; P. 140. Urines suffisantes. Traces d'albumine. Tousse et crache un peu. Le 21, violente agitation. T. $40^{\circ}1$ et $40^{\circ}8$; Sulfarsénol 0 gr. 12. Le 22, T. $39^{\circ}1$ et $40^{\circ}3$. Le 23, toujours agité, urine moins ; langue rôtie. P. assez bon. T. 38° et $39^{\circ}8$; Suflarsénol : 0 gr. 18. Le 24, chute de température, langue nettoyée. L'Erysipèle atteint encore un peu l'oreille gauche. Plusieurs abcès à la face. A partir du 25, la guérison est considérée comme obtenue. L'albumine disparaît. On con-

tinue le Sulfarsénol, en raison de réactions sérologiques (Bordet-W., Hech et Vernes) fortement positives.

Observation IX. — Fr..., 66 ans, garnisseur. Entre le 29 Avril 1930 pour érysipèle de la face ayant débuté le 25. Plaque recouverte de phlyctènes et de croûtes mélicériques. Etat saburral. T. 38°9 et 38°8. Traces d'albumine. Sulfarsénol 0 gr. 12. Le 30, extension enrayée. T. 37°4 et 37°3. Le 1^{er} Mai, l'œil gauche qui était œdématié est dégagé. Sulfarsénol : 0 gr. 18. A partir du 3, apyrexie complète.

Observation X. — G..., 65 ans, manœuvre. A eu un érysipèle il y a 30 ans. Entre le 31 Mai 1930 pour érysipèle de la face. Début le 24 par le pavillon de l'oreille gauche, à la suite d'une piqûre de moustique. A l'entrée, au septième jour au soir, T. 40°4. Etat général profondément atteint ; légère dyspnée ; bruits du cœur sourds mais réguliers. Etat saburral, constipation depuis 8 jours. Oligurie, albuminurie. Plaque érysipélateuse en pleine évolution, occupant les joues, surtout la gauche, le nez, la région temporale gauche et atteignant le cuir chevelu. Légère suppuration. Le 1^{er} Juin, T. 39°4 et 40°2 ; P. 90. Sulfarsénol : 0 gr. 18. Le 2, même état local, asthé-

nie, toux. T. $39^{\circ}2$ et $39^{\circ}9$; P. 80. Un peu de délire. Hémoculture négative. Réactions sérologiques négatives. Sérum glucosé. Le 3, T. $38^{\circ}2$ et $39^{\circ}4$. La plaque commence à regresser. Amélioration de l'état général. P. 80. Sulfarsénol : 0 gr. 30. Le 4, T. $38^{\circ}3$ et $37^{\circ}7$. Grande fatigue, somnolence. Urines plus abondantes. Régression à gauche ; disparition à droite. Le 5, $37^{\circ}7$ et $37^{\circ}1$. La plaque a disparu, ne laissant qu'un aspect ecchymotique ; desquamation. Bon poulx. Urines suffisantes, sans albumine. Sulfarsénol : 0 gr. 24. Le 6, extinction de la plaque. Apyrexie. Les forces reviennent. Le 7, guérison complète.

Observation XI. — Mme L. P..., 78 ans. Entre le 11 Septembre 1930, pour érysipèle de la face. La plaque n'occupe que la joue droite. En raison de l'âge de la malade, de la présence de 0 gr. 60 d'urée sanguine et de la bénignité apparente de l'affection, nous nous contentons de recourir à la pommade à l'ichtyol. L'évolution se poursuit régulière et rapide vers la guérison qui semble obtenue le 16. Le 17, la température remonte : $37^{\circ}6$ et $38^{\circ}3$, en même temps que se produit une nouvelle poussée à droite et à gauche. Sulfarsénol : 0 gr. 12. Le 18, T. $37^{\circ}5$ et $38^{\circ}6$. La plaque s'étend des deux côtés.

Sulfarsénol : 0 gr. 06. Le 19, stabilisation aux joues, extension vers le front. T. $37^{\circ}4$ et $37^{\circ}3$. Sulfarsénol : 0 gr. 18. Le 20, atténuation générale. Le 21, guérison.

Observation XII. — B..., 33 ans. Entre le 4 Avril 1931 pour érysipèle de la face. Début le 2. A l'entrée, vespertilio type. T. $37^{\circ}2$. Sulfarsénol : 0 gr. 12. Le 5, extension vers le front. T. $37^{\circ}4$ et $37^{\circ}4$. Le 6, la marche de la plaque est enrayée. Sulfarsénol : 0 gr. 18. Le 7, disparition à peu près totale.

Observation XIII. — Mlle B..., 43 ans, atteinte d'eczéma de l'oreille, a fait plusieurs petites poussées érysipélateuses localisées. En Décembre 1930, elle fait un érysipèle grave de la face et du cuir chevelu, nécessitant de l'huile camphrée, guéri en sept jours avec trois injections de 0 gr. 18 de sulfarsénol (la malade, n'étant pas dans le service, n'a pu être suivie de près et l'observation n'a pas été recueillie). Le 30 Août 1931, nouvelle récurrence sévère. Début par l'oreille droite. Spontanément la malade se fait d'emblée 0 gr. 09 de sulfarsénol.

Le 31, joues, tempes et cuir chevelu entière-

ment pris. T. $39^{\circ}4$ et $40^{\circ}3$. Vue pour la première fois le 1^{er} Septembre, elle se plaint de céphalée vive. Sulfarsénol : 0 gr. 12. T. $39^{\circ}3$ et $40^{\circ}1$. Le 2, extension au front et à la nuque ; amélioration du côté des joues. T. $38^{\circ}5$ et $38^{\circ}8$. Sulfarsénol : 0 gr. 06. Le 3, détente nette au point de vue douleur. Extension absolument enrayée. T. 38° et $38^{\circ}8$. Sulfarsénol : 0 gr. 12. Le 4, légère sensibilité du cuir chevelu pendant deux ou trois heures. État général et local parfait. Apyrexie. Le 5, desquamation. Guérison.

Observation XIV. — Erysipèle à rechutes. Madeleine D..., 13 ans, a déjà eu un érysipèle en Octobre 1930. Entre le 26 Février 1931 pour érysipèle de la face ayant débuté le 23. T. $39^{\circ}4$. Sulfarsénol : 0 gr. 06. Le 27, sulfarsénol : 0 gr. 12. Le 28, amélioration notable, légère céphalée. Le 29, sulfarsénol : 0 gr. 12. Le 2 Mars, l'éruption se devine encore, indiquée par une teinte un peu plus vive que le reste du visage très coloré. Sort le 16. Dix jours après, elle présente une poussée légère qui cède à 0 gr. 12 de Sulfarsénol.

Elle revient le 23 Avril avec un nouvel érysipèle typique. T. $38^{\circ}5$; Sulfarsénol : 0 gr. 12. Le 25, évolution enrayée, douleur disparue. Sulfarsénol : 0 gr. 18. Le 26, apyrexie. Le 28, desquamation. Sulfarsénol : 0 gr. 18.

Bien qu'elle soit guérie le 1^{er} Mai, on décide de lui faire un traitement d'entretien. Elle reçoit 0 gr. 12 le 23 Juin, 0 gr. 18 les 27 et 30 Juin, 0 gr. 12 les 3, 10, 17 et 23 Juillet. En Octobre, elle n'a pas présenté d'autre récédive.

Observation XV. — Mme M..., 45 ans. Erysipèle du nez le 18 Janvier 1930. Le 19, il s'étend à la face et aux joues. T. 37°9 et 39°1. Sulfarsénol : 0 gr. 12. Le 20 à midi, arrêt. T. 38°5 matin et soir. Le 21, sulfarsénol : 0 gr. 12. La plaque décroît. Elle est presque disparue le 23. Desquamation. Apyrexie complète depuis le 22.

Observation XVI. — Mme Ch..., 47 ans. Le 15 Mai 1930, Erysipèle de l'oreille gauche. T. 39°2. Le 17, extension de la face. T. 38°8 et 40°. Sulfarsénol : 0 gr. 12. Le 18, T. 37°7 et 38°. Le 19, apyrexie, trace d'albumine. Le 21, guérison complète à gauche, effacement à droite. Sulfarsénol : 0 gr. 18.

Le 28 Avril 1931, coupure du lobule de l'oreille droite par une boucle. Le 29, lancinements. Le 30, érysipèle parti de l'oreille et étendu à la joue droite. La malade vue le 1^{er} Mai reçoit 0 gr. 12 de Sulfarsénol. T. 37°8 et 38°8. Le 2, extension à la joue

gauche. T. 38° et 37°4. Sulfarsénol : 0 gr. 18. Le 3, 37°4 matin et soir. Le 4, guérison presque complète, T. 36°. Sulfarsénol : 0 gr. 24.

Observation XVII. — Mme B..., 40 ans. Erysipèle de la face. Début le 5 Juin 1930 par le nez. Le 6, extension aux joues. Sulfarsénol : 0 gr. 24. T. 39° le soir. Le 7, T. 38° matin et soir. Extension au front. Le 8, mieux, T. 38°4 et 40°1. Sulfarsénol : 0 gr. 30. Le 9. T. 38° et 38°3 ; la plaque enrayée pâlit. Le 10, extinction complète.

Observation XVIII. — M. M..., 67 ans. A déjà eu un érysipèle le 6 Mars, à Aix en Othe ; il se fait poser des sangsues dans le dos. Le 7, Erysipèle à point de départ des morsures. Il vient à Reims et se fait de nouveau poser des sangsues. Le 8, derrière l'oreille gauche ; le 9, derrière l'oreille droite. Erysipèle des deux oreilles, à gauche le 9 et à droite le 10. Sulfarsénol : 0 gr. 12. Le 11, atténuation de la plaque du dos, arrêt de la lésion de l'oreille droite. Sulfarsénol : 0 gr. 18. Pas de fièvre, ni sucre, ni albumine.

Observation XIX. — Mme W... 71 ans, fait le 10 Septembre 1931 une chute grave. Le 12, frissons,

début d'un érysipèle. Envoyée à l'hôpital le 18, septième jour. On constate un érysipèle diffus de la face et du cuir chevelu, à point de départ d'une plaie de l'occiput. A la partie supérieure de la région pariétale gauche volumineux hématome, ecchymose du cou, le tout témoignant de la violence du traumatisme. T. 39° et 39°8. P. 116 et 118. Dyspnée. Foyer congestif de la base gauche. Etat général inquiétant. On tente néanmoins une injection de sulfarsénol de 0 gr. 12. Le 19, T. 39° et 38°5. T.A. 18-9 1/2. Urée sanguine : 0 gr. 27. Hémoculture négative. Sulfarsénol : 0 gr. 06. Huile camphrée, spartéine. Le 20, alors que l'érysipèle est en voie d'amélioration, le malade meurt.

OBSERVATIONS NON PUBLIÉES

DOCTEUR RAILLIET)

Observation XX. — Enfant Christo G..., 13 ans. Entre le 24 Mai 1934, avec T. 39°5 et P. 120. Début le 23 par une légère tuméfaction à la portion gauche du nez. Dysphagie. Le 24, la tuméfaction s'est étendue. D'aspect rosé, la plaque érysipélateuse siège sur tout le nez et de chaque côté dans l'angle interne des yeux, limitée par un bourrelet périphérique net au palper. Pas d'albumine dans les urines. Une injection de 3 centigrammes de sulfarsénol dans les muscles de la fesse. Le 25, la plaque est douloureuse. Présence de ganglions prétra-giens petits et légèrement douloureux. T. 37°5. P. 90. Angine rouge, discrète à droite. Injection de 6 centigrammes de sulfarsénol. Le 26, T. 37°2. La plaque est totalement indolore. Très bon état général. T. 37°1. Le 28, la plaque desquame. La gorge est normale. Dernière injection de 6 centigrammes de sulfarsénol. Le malade sort guéri le 1^{er} Juin.

Observation XXI. — Monique C..., 5 mois et demi. Entre le 7 Janvier 1934 pour ophtalmie pu-

rulente. Après examen du spécialiste, le diagnostic n'est pas confirmé. Le 10 Janvier, apparaît un bourrelet érysipélateux sorti de l'œil droit. Pas d'adéno-pathie. Eruption miliaire sur le cuir chevelu et sur le thorax. Le 11, on fait une injection de 5 mm. de sulfarsénol. Le 12, de 38°4 la température descend à 36°9. Le 13, une plaque érysipélateuse sort de l'œil gauche. On constate une légère augmentation de la plaque droite. Trace d'albumine dans les urines. T. 38°8. Nouvelle injection de 1 centigramme de sulfarsénol. Le 15, troisième injection : 1 centigramme et demi. On note une régression des signes de chaque côté. T. 37°. Le 16, desquamation. Le 17, la rougeur disparaît. Le 19, on fait une dernière injection de 2 centigrammes.

Observation XXII. — Mme Jeanne P..., 86 ans. Entre le 19 Avril 1934. T. 38°5. P. 98. La malade présente une plaque érysipélateuse à la face, au bras et à l'avant-bras droits. Les plaques présentent les phlyctènes et ont tendance à se spacéler. La langue est sèche, les urines rares et albumineuses. Le 20, on fait une injection de 12 centigrammes de sulfarsénol. Le 21, la plaque de la face s'étend. La tuméfaction des paupières est plus marquée. Tendance extensive de la plaque du bras. Le 22, injection de 18 centigrammes de sulfarsénol. Le 23, T. 39°8.

Troisième injection de 12 centigrammes de sulfarsénol. Le 24, T. 37°8. Les urines sont plus abondantes. T. A. 22/10 au Pachon. La plaque est moins rouge et commence à desquamer. Le 26, 12 centigrammes de sulfarsénol. T. 37°. Les sphacèles de la main tombent. Le 15 Mai, la malade sort guérie.

Observation XXIII. — Marcel C..., enfant prématuré. Athrepsique dont la mère est morte tuberculeuse (c'est le 9^e enfant).

Il entre le 13 Avril 1934. Il présente une plaque érysipélateuse de l'ombilic qui s'étend à tout le thorax, abdomen et dos. Limitée au niveau des cuisses par une infiltration décelable au toucher. Teinte cuivrée à reflet un peu brillant, lie de vin à certains endroits. Etat général très mauvais. T. 39°8. P. 140. Le 13 au soir, on fait une injection de 1 centigramme de sulfarsénol, mais l'enfant meurt le 14.

Observation XXIV. — Henri F..., 24 ans. Entre le 5 Mai 1934. Début le 4 Mai par une plaque érysipélateuse de la face s'étendant au front et à la joue droite. T. 37°4, P. 60. Le 5, on fait une injection de 12 centigrammes de Sulfarsénol. Le 7, la tuméfaction et la rougeur sont moins intenses. On fait une injection de 6 centigrammes de Sulfarsénol. Le 11, le malade sort guéri.

Observation XXV. — D... Yvonne, 6 ans. Entre le 10 Avril 1934. Présente de petits placards érysipélateux rouges et légèrement surélevés, partant de l'œil droit et s'étendant jusqu'à l'œil gauche. Polyurie : pas d'albumine. Habitus extérieur : dartres, varicosités. T. 37°5. P.90. Le 12, injection de trois centigrammes de Sulfarsénol. On constate une tuméfaction et une rougeur de la lèvre supérieure. Le 14, 2^e injection de 6 centigrammes de sulfarsénol. La plaque est moins rouge. Le 16, dernière injection de 6 centigrammes de sulfarsénol. L'enfant sort le 5 Mai 1934 conservant une lèvre légèrement infiltrée et violacée.

Observation XXVI. — Enfant Lucien G..., 3 ans. Entre le 1^{er} Décembre 1934 pour Erysipèle : Pyodermite localisée à la région faciale gauche, à la région mentonnière et due à un impétigo traité par des pansements humides. Il existe des lésions d'impétigo sur tout le membre inférieur gauche. T. 37°8. P. 120. Le 2, on pratique une injection de 2 centigrammes de sulfarsénol. Le 3, T. 37°8. P.125. La plaque n'a pas progressé. On fait une injection de 3 centigrammes de sulfarsénol. Le 4, amélioration notable. Le 6, on note une amélioration de tous les signes, la plaque desquame, mais il existe des lésions

de grattage. Le 15, tous les signes ont disparu, et le 21 l'enfant sort guéri du service.

Observation XXVII. — Mme Paula L... 25 ans. Entre à l'isolement le 15 Décembre 1934. T. 37°6. La malade présente une tuméfaction rouge violacé s'étendant vers le nez et les joues avec maximum sous les yeux, le droit en particulier, qui disparaît en partie recouvert par les paupières violacées et luisantes. A la palpation, le placard érysipélateux donne une impression nette d'infiltration. Les limites non apparentes sont perçues par le palper avec netteté, sous le sillon. On pratique une injection de 12 centigrammes de sulfarsénol. Le 17, l'amélioration est nette. La peau est encore violacée, mais moins œdématiée. La plaque commence à desquamer. Les paupières s'entr'ouvrent et la pression n'est plus douloureuse. Le 18, le côté gauche de la face reprend son aspect normal. Le 19, l'infiltration disparaît. Seule persiste une teinte violacée. La malade sort le 23 Décembre.

Observation XXVIII. — Madeleine D..., 15 ans. A déjà eu 4 érysipèles. Le premier a duré 15 jours ; le 2° : 18 jours ; le 3° : 15 jours, ainsi que le 4°, et tous en corrélation avec l'absence de règles. Le 12

Mars 1934, début par une céphalée intense et un œdème de l'angle externe de l'œil droit. Le 13 et les jours suivants, une plaque érysipélateuse s'étend sur tout le visage. La malade entre le 15 Mars avec un érysipèle s'étendant à toute la face et aux oreilles. Seule la région péribuccale et le sommet du front sont respectés. Absence de règles T. 40°5. P. 104. Le 16 Mars on pratique une injection de 12 centigrammes de sulfarsénol, et de 5 cm³ de camphre soluble. Le 17, nouvelle injection de 6 centigrammes de sulfarsénol. La T. descend à 38°1 mais remonte le 18 à 40°9. Le 19, 8 centigrammes de sulfarsénol. T. 39°8. P. 120. Le 21, hémoculture : négative. Le 23, la plaque conserve son aspect tuméfié. Le 27, la desquamation commence. La T. ne dépasse plus 38°1. Réaction B.W. : négative. Le 28, on note une amélioration sensible. La tuméfaction est moins accentuée. La malade sort le 7 avril.

Sortie le 7 avril, la malade entre à nouveau le 23 mai pour un Erysipèle ayant débuté au niveau des ailes du nez. La lèvre supérieure est très atteinte ainsi que le menton. Le bourrelet est peu marqué, mais la peau saine est très délimitée par la coloration rouge violacé de la plaque. L'ensemble donne l'impression d'un magot chinois. Légère adénopathie sous-maxillaire ; pas d'albumine. T. 38°5. P. 90. Le 24, on fait une injection de 6 centigram-

mes de sulfarsénol. La température est à $37^{\circ}4$ le 25 au matin. Le pouls revient à la normale. On pratique deux nouvelles injections de 12 et de 18 centigrammes le 26 et le 28 Mai. Le 5 Juin, la malade sort guérie.

OBSERVATIONS NON PUBLIÉES

(DOCTEUR SAINTIN)

Observation XXIX. — M. Robert C..., 45 ans, chauffeur de camion. Erysipèle de la face. Début le 11 mai. T. 38°5 et 39°. Le malade a déliré la nuit précédente. Sensation de masque serré et tendu sur la face. Urines albumineuses. Présence d'urobiline. Le 13 mai, le malade a encore déliré. T. 38°6 et 39°6. La plaque érysipélateuse est constituée et occupe les deux joues, le nez et l'efront, respectant le cuir chevelu. On injecte 12 centigrammes de sulfarsénol par voie intra-musculaire. Le 14 mai, T. 38°1 et 38° le soir. Le malade n'a plus déliré. Il a abondamment transpiré. Diurèse : 1 litre d'urines épaisses. Le 15 Mai, T. 37°1 et 37°. Bon état général. Nouvelle injection de 18 centigrammes de sulfarsénol. La plaque n'a pas progressé. Le 17, T. 36°8 et 37°1. Dernière injection de 24 centigrammes de sulfarsénol. La plaque desquame. Le malade a dormi. La diurèse dépasse 1800 cm³ d'urines non albumineuses, mais contenant encore de l'urobiline. La guérison complète est acquise le 20 Mai.

Observation XXX. — Mme G..., 50 ans. Le 15 Juillet, érysipèle de la face ayant débuté par la narine droite à la suite d'une plaie incisive du nez. T. 40°, P. 110. Vomissements, courbatures, anorexie-subictère. La malade reçoit immédiatement une injection de 6 centigrammes de sulfarsénol intramusculaire. Le 16 Juillet, T. 39°, P. 100. Etat général satisfaisant malgré une nuit sans sommeil. Nouvelle injection de 12 centigrammes de sulfarsénol intramusculaire. Le 17 Juillet, la température est à 38°, le pouls à 90. L'état général s'est considérablement amélioré. La diurèse dépasse 1.500 cm³ d'urines claires non albumineuses. Le 18 Juillet, T. 38°, pouls 80. Nouvelle et dernière injection de 18 centigrammes de sulfarsénol pour parachever le traitement. Le 19 Juillet, T. 37°. La malade a dormi; la plaque érysipélateuse n'évolue plus et desquame. Diurèse abondante. La guérison est définitive le 22 Juillet.

OBSERVATIONS NON PUBLIÉES

(DOCTEUR BONNENFANT)

Observation XXXI. — Mme V..., 58 ans, entre dans le service de chirurgie le 10 Avril pour un

anthrax du dos. Le 5 Mai, elle entre à l'isolement pour érysipèle évoluant autour de l'anthrax. Elle reçoit des injections de septicémine intra-musculaire, à raison de 8 cm³ matin et soir. La plaque érysipélateuse gagne successivement les fesses, les cuisses, le thorax et les bras. Seuls sont respectés les avant-bras, les jambes et la tête. Du 5 au 13 Mai, la température reste en plateau aux environs de 40°. Le 13 mai, on injecte 12 centigrammes de sulfarsénol par la voie intra-musculaire. Le 15, nouvelle injection de 18 ctg. de sulfarsénol. Dès la première injection, la température est tombée à 38°8 et l'évolution de la plaque érysipélateuse a été arrêtée. Le 17, dernière injection de sulfarsénol : 24 centigrammes. La plaque desquame. La malade sort guérie du service le 23 Mai.

Observation XXXII. — Mlle C..., 17 ans. Entrée le 13 Mai 1933 pour érysipèle de la face dont le début remonte au 13 Mai. La plaque a commencé à la racine du nez au niveau d'un îlot d'eczéma chronique de la figure et du cuir chevelu. A signaler une insuffisance hépatique traitée à différentes reprises. Dès son arrivée, la malade reçoit une injection de 12 centigrammes de sulfarsénol. Le 17, elle reçoit une dose de 18 centigrammes. Le 18, la température tombe à 39° (elle était à quarante depuis le

début). Le 19, la malade reçoit une injection de 24 centigrammes de sulfarsénol ; sa température est à 37°5.. La plaque érysipélateuse n'a pas gagné. On pratique une dernière injection de 36 centigrammes le 21. La malade sort guérie du service le 25 Mai.

Observation XXXIII. — M^{me} C..., 33 ans. Entrée le 5 Mai 1933 pour érysipèle de la face qui a débuté au niveau de l'angle interne de l'œil droit. T. 40°2. Gros signes généraux, vomissements, état saburral. On pratique des injections intra-veineuses de 8 cm³ de septicémine matin et soir. Aucune amélioration dans les jours suivants. La température reste aux environs de 38°5 à 39°. Le 15, la plaque continue à évoluer, gagne l'oreille gauche et s'étend en arrière du pavillon. A ce moment, la malade reçoit une injection de 12 centigrammes de sulfarsénol. Dès le lendemain, la température tombe à 37°8. La plaque érysipélateuse ne s'est pas étendue. Le 17, nouvelle injection de 18 centigrammes de sulfarsénol. La plaque érysipélateuse n'est plus douloureuse. La malade reçoit encore deux injections de 24 centigrammes et de 30 centigrammes de sulfarsénol à 48 heures d'intervalle. La guérison complète est obtenue le 25 Mai.

Observation XXXIV. — M. G..., 45 ans. Le malade entre dans le service le 25 juin pour érysipèle de la face ayant débuté par une plaie contuse de l'arcade sourcillière droite. Gros œdème, nombreuses phlyctènes. T. 40°, P. 110. Vomissements, état saburral. Le malade reçoit immédiatement une injection de 12 centigrammes de sulfarsénol. Le 26 Juin, T. 39°9. La plaie suppure abondamment. Le même jour, on pratique une injection de 18 centigrammes de sulfarsénol. Le 28, la plaque érysipélateuse a gagné le nez, l'oreille droite, et occupe toute la joue droite. Nouvelle injection de 24 centigrammes de sulfarsénol. Le 29, T. 37°5. La plaque érysipélateuse n'est plus douloureuse. Son évolution est restée stationnaire. Le 30, on pratique une dernière injection de 30 centigrammes de sulfarsénol. La plaque desquame. Le malade sort guéri le 5 Juillet.

CHAPITRE IV

REMARQUES CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES

Intensité et durée du Traitement

OBSERVATIONS

I. — 0,18 ctg. en 1 inject.	Malade guéri en 4 jours.
II. — 0,78 ctg. en 3 inject.	» 6 jours.
III. — 0,42 ctg. en 3 inject.	» 5 jours.
IV. — 0,09 ctg. en 2 inject.	» 6 jours.
V. — 0,15 ctg. en 2 inject.	» 4 jours.
VI. — 0,12 ctg. en 1 inject.	» 2 jours.
VII. — 0,30 ctg. en 2 inject.	» 5 jours.
VIII. — 0,36 ctg. en 3 inject.	» 7 jours.
IX. — 0,30 ctg. en 2 inject.	» 4 jours.
X. — 0,76 ctg. en 3 inject.	» 6 jours.
XI. — 0,36 ctg. en 3 inject.	» 5 jours.
XII. — 0,30 ctg. en 2 inject.	» 3 jours.
XIII. — 0,36 ctg. en 4 inject.	» 5 jours.
XIV. — 0,42 ctg. en 4 inject.	» 8 jours.
XV. — 0,24 ctg. en 2 inject.	» 4 jours.
XVI. — 0,54 ctg. en 3 inject.	» 4 jours.
XVII. — 0,54 ctg. en 2 inject.	» 4 jours.
XVIII. — 0,30 ctg. en 2 inject.	» 5 jours.
XIX. — 0,24 ctg. en 2 inject.	Malade décédée.
XX. — 0,15 ctg. en 3 inject.	Malade guéri en 5 jours.
XXI. — 4 ctg. $\frac{1}{2}$ en 4 inject.	» 7 jours.
XXII. — 0,54 ctg. en 4 inject.	» 23 jours.
XXIII. — 0,01 ctg. en 1 inject.	Malade décédé.

XXIV. — 0,18 ctg. en 2 inject.	Malade guéri en 3 jours.
XXV. — 0,18 ctg. en 3 inject.	» 6 jours.
XXVI. — 0,05 ctg. en 2 inject.	» 5 jours.
XXVII. — 0,12 ctg. en 1 inject.	» 3 jours.
XXVIII. — 0,26 ctg. en 3 inject.	» 7 jours.
et 0,36 ctg. en 3 inject.	» 5 jours.
XXIX. — 0,54 ctg. en 3 inject.	» 7 jours.
XXX. — 0,36 ctg. en 3 inject.	» 7 jours.
XXXI. — 0,54 ctg. en 3 inject.	» 5 jours.
XXXII. — 0,90 ctg. en 4 inject.	» 10 jours.
XXXIII. — 0,84 ctg. en 4 inject.	» 10 jours.
XXXIV. — 0,84 ctg. en 4 inject.	» 7 jours.

La durée moyenne de l'évolution des érysipèles rapportés dans ce tableau a été de 6 jours. Il est intéressant de comparer ce chiffre avec un tableau comme celui où G. H. Roger met en évidence les variations de durée de la maladie (1).

2 jours	1% des cas.
3 à 6 jours	36% des cas.
7 à 10 jours	39% des cas.
11 à 14 jours	16% des cas.
15 à 25 jours	6% des cas.
26 jours et au delà	1% des cas.

D'après Roger, l'érysipèle dure en moyenne de 5 à 10 jours.

(1) G. H. Roger, Article Erysipèle du Nouveau Traité de Médecine de Roger, Vidal et Teissier.

RESULTAT GENERAL DU TRAITEMENT

Ces 34 observations peuvent être divisées en trois catégories :

— *les cas bénins* : 15 observations ;

— *les cas intenses* : 12 observations ;

— *les cas graves* : 7 observations, dont deux de cas extrêmement graves, ayant entraîné rapidement la mort (Obs. 19 et 23).

I. — *Les cas bénins*

Obs. 1. — Erysipèle de la face à répétition sans signes généraux, guéri avec 18 ctg. de sulfarsénol.

Obs. 4. — Erysipèle chez un enfant avant déjà reçu 2 injections de propidon. Enrayé avec 0,09 ctg. de sulfarsénol.

Obs. 6. — Erysipèle assez bénin. 0,12 ctg suffisent pour le guérir.

Obs. 7. — Erysipèle de la face très étendu, guéri avec 0,30 ctg.

Obs. 9. — Erysipèle chez un homme âgé. A tourné court après 0,12 ctg. Guéri après 0,18 ctg. en moins de 5 jours.

Obs. 11. — Erysipèle chez un homme âgé, non traité au début. Ne guérit qu'après application du traitement arsénical et avec 0,36 ctg.

Obs. 12. — Erysipèle bénin. Guéri en 4 jours par 0,30 ctg. de sulfarsénol.

Obs. 14. — Erysipèle à rechutes subintrantes nécessitant un traitement prolongé.

Obs. 15. — Erysipèle enrayé en 4 jours par deux injections de 0,12 ctg.

Obs. 17. — Erysipèle de la face guéri très rapidement par 0,54 ctg.

Obs. 18. — Récidive lointaine d'érysipèle par plaies hirudiennes. Guérison en quelques jours par 0,30 ctg.

Obs. 20. — Erysipèle de la face, bénin et guéri avec 0,03 ctg.

Obs. 24. — Erysipèle très bénin guéri avec 0,18 ctg.

Obs. 26. — Erysipèle survenu à la suite d'un impétigo tenace et très rapidement guéri par le sulfarsénol.

Obs. 27. — Erysipèle de la face, très vite amélioré par le sulfarsénol et guéri par 0,12 ctg.

Donc, dans tous ces cas, la guérison est obtenue en 4 ou 5 jours. La durée moyenne de l'évolution est de 5,2 jours.

II. — *Les cas intenses*

Obs. 2. — Erysipèle de la face chez un jeune homme de 15 ans. Fièvre élevée. Enrayé en 6 jours avec 0,78 ctg. de sulfarsénol.

Obs. 3. — Erysipèle de la face avec atteinte hépatique. La marche en est enrayée dès le 5^e jour malgré l'emploi de petites doses.

Obs. 16. — Erysipèle de la face. Albuminurie. Guérison le 5^e jour par 0,54 ctg.

Obs. 21. — Erysipèle de la face chez un nourrisson de 5 mois et demi. Albuminurie. La guérison est obtenue le 7^e jour par 4 ctg. et demi de sulfarsénol.

Obs. 25. — Erysipèle de la face avec gros signes locaux. Très vite amélioré et guéri en 6 jours avec 0,18 ctg.

Obs. 29. — Erysipèle de la face chez un homme de 45 ans, à foie déficient. Albuminurie. Guéri par 0,54 ctg.

Obs. 30. — Erysipèle de la face chez une femme de 50 ans. Ictère. Gros signes généraux. Guéri par 0,30 ctg.

Obs. 31. — Erysipèle chez une femme de 58 ans, étendu sur le thorax, le dos, les cuisses et les bras. Guéri par 0,54 ctg. »

Obs. 32. — Erysipèle de la face chez une jeune fille de 17 ans atteinte d'insuffisance hépatique. Très mauvais état général. Guérison par 0,90 ctg.

Obs. 33. — Erysipèle de la face chez une jeune femme de 33 ans. Aucune amélioration après plusieurs injections de septicémine. Guéri par 0,84 ctg. de sulfarsénol.

Obs. 34. — Erysipèle de la face chez un homme de 45 ans. Etat général médiocre. Guérison obtenue avec 0,84 ctg. de sulfarsénol.

Dans ces observations, la guérison est obtenue en 6 à 8 jours. La durée moyenne de l'évolution est de 6 jours.

III. — *Les cas graves*

Obs. 5. — Erysipèle. Albuminurie tenace. Très mauvais état général. Guéri par 0,15 ctg.

Obs. 8. — Erysipèle chez un homme de 54 ans syphilitique non traité. Guéri par 0,36 ctg.

Obs. 10. — Erysipèle chez un vieillard. Guérison complète au 8^e jour avec 0,76 ctg.

Obs. 19. — Erysipèle diffus chez une femme de 71 ans, non encore traité le 7^e jour. La malade meurt malgré une amélioration de la plaque érysipélateuse.

Obs. 22. — Erysipèle de la face et du bras droit sphacélé. Albuminurie. Guérison par 0,54 ctg.

Obs. 23. — Erysipèle ombilical chez un athrepsique. Décédé très rapidement.

Obs. 28. — Erysipèle grave, très vite influencé par le sulfarsénol et guéri avec 0,26 ctg. puis avec 0,36 ctg. à l'occasion d'une récurrence.

La durée moyenne de l'évolution est de 9 jours.

Le nombre des injections pratiquées dans tous ces cas n'a jamais été, comme on a pu le voir, supérieur à 4 (Obs. 13, 14, 21, 22, 32, 33, 34). Ce nombre a souvent été moindre ; les malades des ob-

servations 1, 6 et 28 n'ont revu qu'une seule injection.

Le chiffre moyen, calculé pour ces 34 observations, est de 2,5 injections.

Au point de vue posologie, Borde conseille la dose de 0,12 ctg. tous les 2 jours. Pratiquement, il faut se comporter en clinicien, savoir manier les doses selon la gravité des cas et la tolérance éventuelle des malades, surtout quand il s'agit de ménager un foie et des reins déficients et dans ce cas, s'en tenir à la dose de 0,06 ctg. comme dose d'attaque.

Dans les observations de notre thèse, la dose maxima a été de 0,30 ctg. (Obs. 2, 10, 17, 33, 34). Cette dose n'a jamais été dépassée, sauf une seule fois à propos du cas de l'observation 32.

En un mot, il est important d'apporter la prudence élémentaire qui s'impose lorsqu'on recourt à la thérapeutique arsénicale.

Quant à l'espacement des doses, il paraît suffisant de ne pratiquer qu'une injection tous les deux jours, sous réserve de cas particuliers, dont l'évolution peut réclamer un traitement plus énergique et plus intense.

On peut dire que d'une façon générale, les douleurs de cuisson et de tension dues à la tuméfaction érysipélateuse disparaissent très vite après la pre-

mière injection de sulfarsénol, alors qu'on n'observe rien de semblable chez les malades traités par la septicémine ou par le propidon.

Le traitement local analgésique devient donc très rapidement inutile.

Quant au traitement local antiseptique, son emploi se trouvera très vite superflu, le sulfarsénol entravant l'évolution de la plaque érysipélateuse :

soit dès la première injection, comme on a pu le voir dans les observations 1, 5, 6, 7, 9, 14, 15, 16, 18, 24, 26, 29, 31, 33 ;

soit aussitôt la deuxième injection, dans les observations 2, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 17, 20, 21, 22, 25, 27, 28, 30, 32, 34.

Mais l'emploi du sulfarsénol ne dispense pas d'user des moyens adjuvants de la thérapeutique dans tous les cas qui seront soumis à l'appréciation du clinicien.

Il faudra veiller au bon fonctionnement du cœur, du foie et surtout des reins. L'oligurie fréquente et la constipation seront combattus par les moyens usuels.

Il sera bon de soutenir par des toni-cardiaques appropriés l'effort parfois considérable du cœur, particulièrement quand il s'agit de tarés.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

Souvent grave, l'érysipèle demande à être énergiquement traité.

Infection à streptocoques, il paraît logique de lui opposer une thérapeutique dont l'efficacité sur ce microbe a été déjà démontrée à propos de l'infection puerpérale.

Le sulfarsénol agit nettement sur l'érysipèle en l'abrégeant considérablement comme le montrent les différentes observations présentées dans ce travail.

Pour en tirer le plus grand bénéfice, il apparaît important d'instituer la médication arsénicale précocement, et de la poursuivre suffisamment longtemps.

Enfin, le traitement de l'érysipèle par le sulfarsénol ne devra pas faire négliger les thérapeutiques adjuvantes qui pourront être rendues nécessaires par les circonstances.

Les toni-cardiaques,
Les stimulants généraux et hépatiques,
Les laxatifs et les diurétiques,
conserveront toujours leurs indications.

Le traitement local désinfectant et analgésique
pourra très rapidement être abandonné, le sulfarsé-
nol influençant vite et favorablement la douleur de
la tuméfaction érysipélateuse.

En présence des résultats obtenus dans les ob-
servations que nous publions, nous croyons pouvoir
conclure que le sulfarsénol manié avec les précau-
tions usuelles est une médication légitime, efficace,
sans danger, quasi-spécifique de l'érysipèle.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président,*
L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- C. BORDE. — Traitement abortif de l'érysipèle par le sulfarsénol (Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 22 Juin 1928).
- Traitement abortif de l'érysipèle par le sulfarsénol (Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 6 Juillet 1928).
- Traitement abortif de l'érysipèle par le sulfarsénol (Journal de Médecine de Paris, N° 38, 19 Septembre 1929, p. 796.)
- Action du sulfarsénol dans l'érysipèle (Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. Séance du 27 Février 1930).
- Résultats favorables du sulfarsénol dans l'érysipèle (Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. Séance du 15 Octobre 1931, N° 45).
- DROUINEAU et TORLAIS. — Gazette des Sciences Médicales de Bordeaux, 16 Novembre 1930.
- J.-B. GERMANO. — Erysipèle en un nino di primera infancia (traitement par sulpharsenomine). Prensa Med. Argent. 17, 256, July 10, 1930).

G. RAILLIET. — Traitement de l'érysipèle par le sulfarsénol (Archives Médico-chirurgicales de Province, N° 12. Décembre 1931).

J. TORLAIS. — Erysipèle et sulfarsénol (Gazette des Sciences Médicales de Bordeaux, N° 46. 15 Novembre 1931).

TORLAIS et DUVAL. — Erysipèle et sulfarsénol (Société de Médecine et de Chirurgie de La Rochelle, Janvier 1932).

H. VINCENT. — Sur les résultats thérapeutiques donnés par un sérum nouveau antistreptococcique (C. R. de l'Académie des Sciences, 27 Mai 1929, T. CLXXXVIII).

— Traitement des formes malignes de l'érysipèle par un nouveau sérum antistreptococcique (Gazette des Hôpitaux, 16 Avril 1930).

SCHACHTER. — Les traitements de l'érysipèle (Paris Médical, N° 38, 17 Septembre 1932).

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE PREMIER. — Introduction	9
CHAPITRE II. — Le Sulfarsénol	19
<i>Posologie et Conduite générale du traitement</i>	19
CHAPITRE III. — Observations	21
CHAPITRE IV. — Remarques cliniques et thérapeutiques	49
CHAPITRE V. — Conclusions	59
BIBLIOGRAPHIE	61

